

DOCUMENTATION NEEDED FOR ENROLLMENT INTO THE COMMUNITY HEALTH CARE NETWORK

Identification for EACH family member: (Please bring ONE of the following)

- Social Security Card
- Birth Certificate
- Baptismal Record
- School Report Card
- WIC Record
- Photo ID Card

If you are not the biological parent of one or more minors living in your home, please bring proof of adoption, guardianship or foster parent status.

Intent to remain in Fairfax County for EACH family member: (Please bring IF applicable to you and/or any family member)

- Passport
- Visa
- INS documentation

Depending on your situation, this documentation may or may not be required. If you have a passport, visa or any documentation from the INS regarding your residency status, please bring it with you.

Proof of 9-Month Residence in Fairfax County: (Please bring ONE of the following)

- Car registration
- Lease with your name and address
- Mortgage or tax bill
- Letter from landlord
- Letter from homeless shelter
- Notarized statement from person with whom you are living PLUS a utility bill with the name and address of the person with whom you are living

Proof of Income: (for EACH employed household member, for EACH job held)

- Most recent income tax return

AND one of the following:

- Pay stubs for the past month
- Income and insurance verification form (provided by enrollment office)
- Copy of social security and/or SSI award letter, General Relief check, proof of TANF payment, copy of pension payments, court order regarding alimony and/or child support payments to you

If you are currently unemployed and supported by a friend or family member, bring in a notarized statement from the person supporting you stating how long they have helped you and how long they plan to continue supporting you.

Proof of Insurance: (for EACH household member)

- Proof that you are **ineligible** for Medicaid, Medallion or FAMIS
- If employed**, please have your employer complete the income and insurance verification form

- Other:** _____

DOCUMENTACIÓN NECESARIA PARA INSCRIBIRSE EN LA RED DE ATENCIÓN MÉDICA DE LA COMUNIDAD

Identificación de CADA miembro de la familia: (Traiga UNA de las siguientes)

- Tarjeta del Seguro Social
- Certificado de nacimiento
- Registro de bautizo
- Tarjeta de calificaciones de la escuela
- Registro del programa WIC
- Tarjeta de identificación con fotografía

Si usted no es el padre biológico de uno o más niños que viven en su hogar, traiga el comprobante de adopción, tutela o cuidado de crianza.

Intención de permanecer en el Condado de Fairfax de CADA miembro de la familia: (Traiga SI corresponde a usted y/o a cualquier miembro de la familia)

- Pasaporte
- Visa
- Documentación del Servicio de Inmigración

Dependiendo de su situación, podría requerirse o no requerirse esta documentación. Si tiene pasaporte, visa o alguna documentación del Servicio de Inmigración relacionado con sus condiciones migratorias, por favor tráigalo con usted.

Comprobante de 9 meses de residencia en el Condado de Fairfax: (Traiga UNO de los siguientes documentos)

- Registro del automóvil
- Contrato de alquiler con su nombre y dirección
- Cuenta de hipoteca o impuestos
- Carta del arrendador
- Carta del refugio para personas sin hogar
- Declaración notariada de la persona con la que vive MÁS una cuenta de servicios públicos con el nombre y la dirección de la persona con la que vive

Comprobante de ingreso: (de CADA miembro de la casa que esté trabajando, por CADA trabajo)

- Declaración de impuestos más reciente

Y uno de los siguientes documentos:

- Contra recibo de pago del mes pasado
- Formulario de verificación de ingreso y seguro (disponibles en la oficina de inscripción)
- Copia del seguro social y/o de la carta de cesión del seguro social, cheque de General Relief [Auxilio General], prueba del pago de TANF, copia de los pagos de pensión, orden judicial relacionada con pensiones alimenticias y/o pagos de mantenimiento de los hijos

Si se encuentra desempleado actualmente y lo mantiene un amigo o familiar, traiga una declaración notariada de la persona que lo mantiene diciendo cuánto tiempo le ha ayudado y cuánto tiempo más piensa continuar apoyándolo.

Comprobante de seguro: (de CADA miembro de la familia)

- Comprobante de que **no es elegible** para recibir Medicaid, Medallion o FAMIS
- Si está empleado**, pídale a su empleador que llene el formulario de verificación de ingreso y seguro

- Otro documento:** _____